

YouthCity 2019-2020 Formulario de Exención de Tarifas
(solo complete este formulario si solicita una exención a las tarifas del programa YouthCity)

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Grado _____

Nombre del Padre: _____ Escuela del Niño _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cp: _____

Email: _____ Teléfono: _____

- A. Estoy proporcionando el formulario adjunto de verificación de almuerzo gratuito proporcionado por el Distrito Escolar de Salt Lake City (detente aquí, esto es todo lo que se necesita).
- B. No tengo un formulario de verificación de almuerzo gratis y por lo tanto, solicito una opción alternativa para determinar si mi familia califica para una exención de tarifas.

La elegibilidad para una exención de tarifas de YouthCity se basa en el nivel de ingresos familiares. Su ciudadanía estadounidense, estado migratorio o no tener un SSN no afecta su elegibilidad para recibir una exención. La calificación para el beneficio de comida escolar gratuita o de precio reducido se basa en cualquiera de estas 3 cosas. Seleccione qué verificación es la más adecuada para su familia:

- El estado individual de su hijo como adoptivo, sin hogar, migrante o fugitivo
- Participación en un programa de asistencia de cualquier miembro de su hogar.

- Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- Programa de distribución de alimentos en reservas indias (FDPIR)
- Asistente temporal para familias necesitadas (TANF)

Los ingresos y el tamaño total de su hogar. Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de la tabla de Pautas de Elegibilidad de Ingresos Federales a continuación. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de su hogar cae por debajo de los límites de este cuadro. Use la tabla a continuación para indicar el ingreso de su familia. Encierra en un círculo tu nivel de ingresos en el cuadro a continuación.

Tamaño del hogar	Pautas Federales de Pobreza	Comidas gratis				
	ANUAL	ANUAL	MENSUAL	DOS VECES POR MES	CADA DOS SEMANAS	SEMANAL
1	12,490,	16,237	1,354	677	625	313
2	16,910	21,983	1,832	916	846	423
3	21,330	27,729	2,311	1,156	1,067	534
4	25,750	33,475	2,790	1,395	1,288	644
5	30,170	39,221	3,269	1,635	1,509	755
6	34,590	44,967	3,748	1,874	1,730	865
7	39,010	50,713	4,227	2,114	1,951	976
8	43,430	56,459	4,705	2,353	2,172	1,086
Para cada miembro adicional de la familia, agregue	4,420	5,746	479	240	221	111

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso es reportado. Entiendo que los funcionarios de la ciudad pueden verificar la información. Entiendo que si deliberadamente doy información falsa, puedo ser procesado.

Nombre del Padre _____ Firma _____ Fecha ____/____/____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA Verificado _____